

20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Ф.А. МАМАТАЛИЕВ, А.Ю. ТУХТАКУЛОВ, Б.А. УРИНОВ, Б.С. УСМАНОВ, Н.И. МАХМУДОВ

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

20 YEARS OF EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF OPEN ASSOCIATED LIMB INJURIES USING MODERN TECHNOLOGIES

F.A. MAMATALIEV, A.YU. TUKHTAKULOV, B.A. URINOV, B.S. USMANOV, N.I. MAHMUDOV

Fergana branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine

Цель. Анализ результатов лечения больных с открытыми сочетанными травмами конечностей (ОСТК).

Пациенты. За 20-летний период в ФФРНЦЭМП пролечено 1530 пострадавших с ОСТК, сопровождающихся повреждением сосудов, нервов, разрушением костей и дефектом мягких тканей, в том числе полными и неполными ампутациями крупных и мелких сегментов конечностей, у которых выполнено 1780 восстановительных операций. Мужчин было 1280 (83,6%), женщин – 250 (16,4%). У 720 (47%) пострадавших отмечены травмы сосудов, нервных стволов и сухожилий, у 187 (12,2%) – костно-сосудистые повреждения, у 412 (28,8%) – повреждения нервных стволов и сухожилий, у 211 (13,7%) – обширный дефект мягких тканей, требующий закрытия кожно-жировым лоскутом.

Результаты. 44 (2,8%) больным с полными и неполными отчленениями крупных сегментов конечностей произведено 29 (1,8%) реplantаций верхних и 15 (0,98%) – нижних конечностей. Приживление достигнуто в 32 (72,2%) случаях. У 138 (9%) больных выполнено реplantаций и реваскуляризаций мелких сегментов конечностей, из них у 124 (89%) – на сегментах верхних, у 14 (10%) – на сегментах нижних конечностей. Приживление достигнуто в 85,2% случаев. Послеоперационные осложнения выявлены у 350 (22,8%) пациентов: нагноение послеоперационных ран – у 117 (7,6%), тромбоз сосудистых анастомозов – у 94 (6,1%), краевой некроз кожи – у 139 (9%) пострадавших.

Заключение. Основной задачей органосберегающего лечения больных с ОСТК является проведение рациональной первичной хирургической обработки ран, оптимального метода остеосинтеза, раннее восстановление функционально значимых структур конечности, выполнение этапных хирургических обработок ран, медикаментозная профилактика хирургической инфекции.

Ключевые слова: сочетанная травма конечностей, повреждение сосудов, нервных стволов, органосберегающие операции конечностей.

Aim. Analysis of the results of treatment of patients with open associated limb injuries (OALI).

Patients. Over a 20-year period, 1530 patients with OTC, accompanied by damage to blood vessels, nerves, bone destruction and soft tissue defects, including complete and incomplete amputations of large and small segments of the extremities, were treated at the FFRRCEM, in which 1780 reconstructive operations were performed. There were 1280 men (83.6%), women – 250 (16.4%). In 720 (47%) victims, injuries of blood vessels, nerve trunks and tendons were noted, in 187 (12.2%) – osteovascular injuries, in 412 (28.8%) – injuries of nerve trunks and tendons, in 211 (13.7%) - an extensive soft tissue defect requiring closure with a skin-fat flap.

Results. 44 (2.8%) patients with complete and incomplete detachments of large limb segments underwent 29 (1.8%) replantations of the upper and 15 (0.98%) of the lower limbs. Engraftment was achieved in 32 (72.2%) cases. 138 (9%) patients underwent replantation and revascularization of small segments of the extremities, of which 124 (89%) – on the segments of the upper, 14 (10%) – on the segments of the lower extremities. Engraftment was achieved in 85.2% of cases. Postoperative complications were detected in 350 (22.8%) patients: suppuration of postoperative wounds in 117 (7.6%) patients, thrombosis of vascular anastomoses in 94 (6.1%), marginal skin necrosis in 139 (9%) patients.

Conclusion. The main task of organ-sparing treatment of patients with OTC is to conduct rational primary surgical treatment of wounds, the optimal method of osteosynthesis, early restoration of functionally significant structures of the limb, staged surgical treatment of wounds, and drug prevention of surgical infection.

Keywords: concomitant injury of the extremities, damage to blood vessels, nerve trunks, organ-preserving operations of the extremities.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss6/a6

В последнее время выявляется отчетливая тенденция к повышению тяжести травм, что связано с увеличивающимся уровнем дорожно-транспортного травматизма, широким распространением на производстве и в быту машин и

механизмов, обладающих высокой кинетической энергией [5, 8, 12]. Увеличивающееся количество неблагоприятных результатов лечения приходится на больных с открытыми сочетанными травмами конечностей (ОСТК), сопровожда-

емыми повреждениями сосудов, нервов, разрушением и дефектом костных и мягких тканей. Страдают, в основном, люди молодого и трудоспособного возраста, преимущественно мужчины, работающие на производстве. Подобные травмы нередко случаются и у детей. Сочетанные повреждения костей и сосудов составляют 32,6% от общего числа всех повреждений магистральных сосудов конечностей [6, 10]. В 2% случаев открытые переломы сопровождаются повреждениями магистральных сосудов [6, 7]. Отечественные и зарубежные специалисты утверждают, что прогресс в области органосберегающей хирургии конечностей при открытой сочетанной травме может быть достигнут только на основе комплексного междисциплинарного подхода [5, 10, 14]. Благодаря внедрению в клиническую практику операционного микроскопа и развитию реконструктивной микрохирургии появилась реальная возможность сохранения жизнеспособности и восстановления функции конеч-

ности при ОСТК, сопровождающихся повреждением сосудов, нервов, разрушением костей и дефектом мягких тканей, в том числе полными и неполными ампутациями крупных и мелких сегментов конечностей.

Цель. Анализ лечения больных с ОСТК за истекший 20-летний период, а также оптимизация методов комплексного органосберегающего и восстановительного лечения с использованием современных технологий для улучшения анатомических и функциональных результатов.

Материал и методы

За 20-летний срок в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП пролечено 1530 пострадавших с ОСТК, сопровождающихся повреждением сосудов, нервов, разрушением костей и дефектом мягких тканей, в том числе полными и неполными ампутациями крупных и мелких сегментов конечностей. Мужчин было

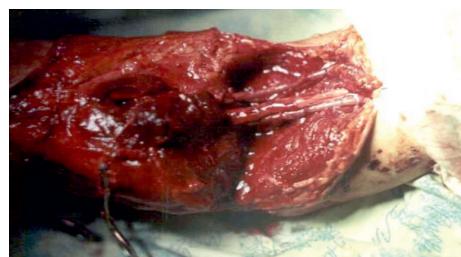


Рис. 1. Травма сосуда, нерва и сухожилий

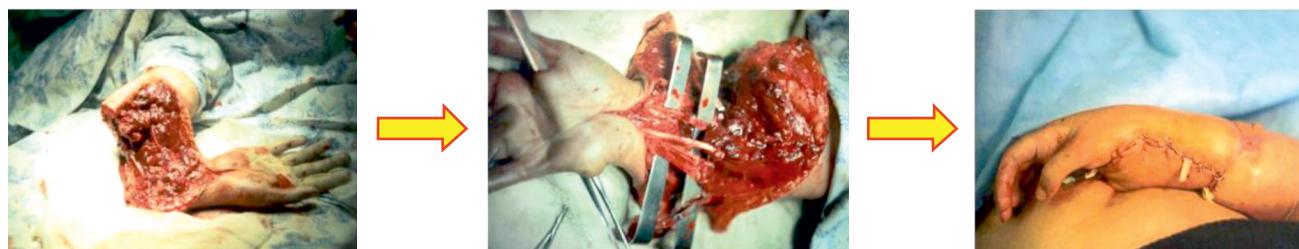


Рис. 2. Повреждение костно-сосудистых тканей

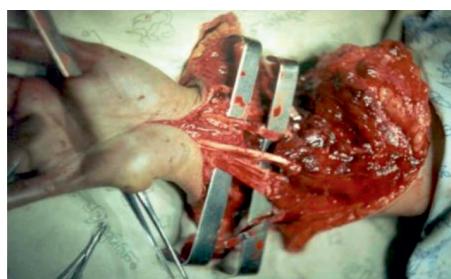


Рис. 3. Повреждение нервных стволов и сухожильной части



Рис. 4. Обширный дефект мягких тканей (до и после)

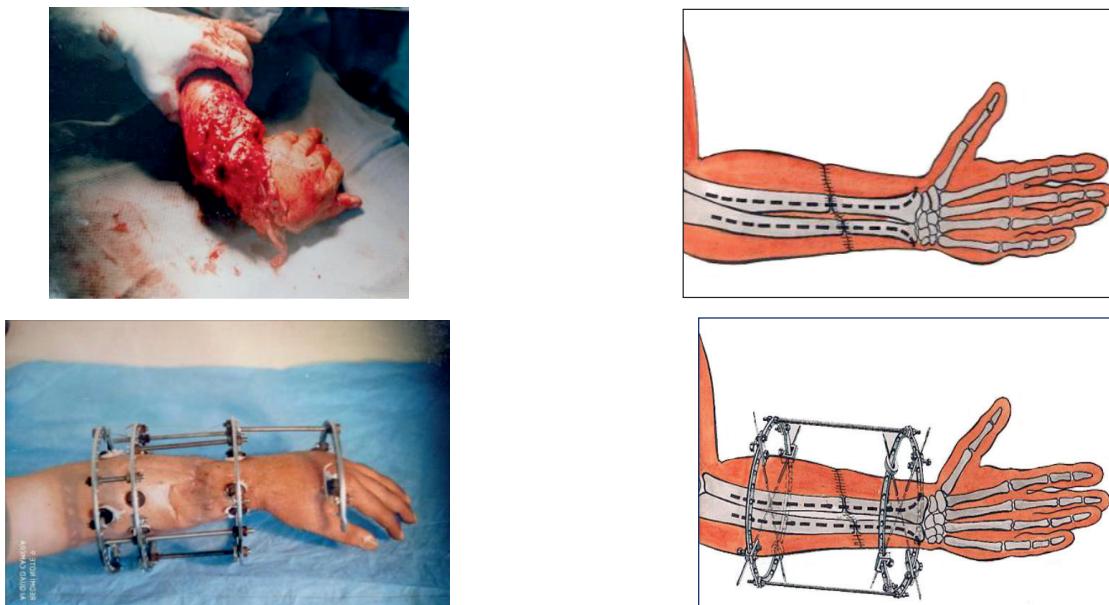


Рис. 5. Остеосинтез кости спицами, стержнями или аппаратом Г.А. Илизарова



Рис. 6. Шов или пластика сосудов и нервных стволов

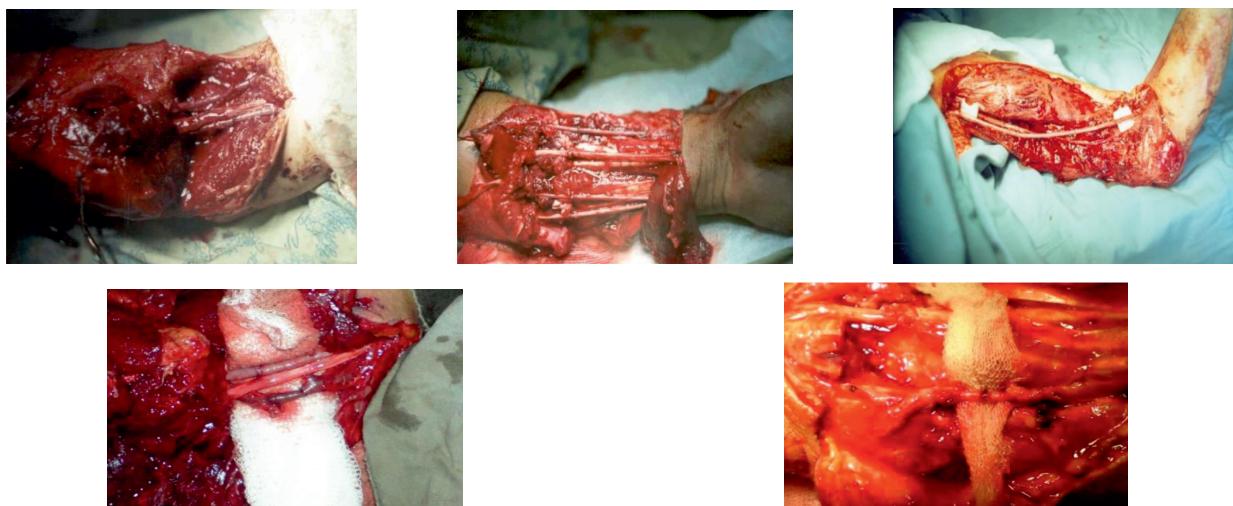


Рис. 7. Протезирование и шунтирование сосудов аутовенозным трансплантатом

1280 (83,6%), женщин – 250 (16,4%). У 1530 больных с ОСТК выполнено 1780 восстановительных операций. Всем больным с тяжелыми повреждениями конечностей наряду с противошоковыми мероприятиями произведены различной сложности операции с использованием оптического увеличения.

Следует отметить, что основная масса пострадавших с ОСТК приходилась на мужчин среднего возраста (66,4%), за-

нятых в травмоопасных видах физического труда. Причиной тяжелых травм конечностей явилось механическое воздействие повреждающих агентов с высокой кинетической энергией, что привело к значительному повреждению тканей.

У 720 (47%) пострадавших отмечены травмы сосудов, нервных стволов и сухожилий (рис. 1). У 187 (12,2%) диагностированы костно-сосудистые повреждения (рис. 2), у 412 (28,8%) – повреждения нервных стволов и сухожилий (рис. 3),

у 211 (13,7%) имелся обширный дефект мягких тканей, требующий закрытия кожно-жировым лоскутом (рис. 4).

При тяжелой травме конечностей с переломом кости, повреждением сосудов и нервных стволов после маркировки сосудов производился остеосинтез кости спицами, стержнями или аппаратом Г.А. Илизарова (рис. 5), затем выполнялся шов или пластика сосудов и нервных стволов (рис. 6). Из-за наличия большого дефекта между концами сосудов в 132 (8,6%) случаях произведено протезирование или шунтирование последних аутовенозным трансплантатом (рис. 7). Нервные стволы ушивались периневрально-эпиневральным швом, у 106 (6,9%) больных при дефектах концов нервов выполнена пластика нервного ствола свободным трансплантатом, взятым с голени, в 124 (8,1%) случаях произведено внеанатомичное проведение нерва. Из пролеченных 1530 (100%) больных послеоперационные осложнения выявлены у 350 (22,8%) пациентов: нагноение послеоперационных ран у 117 (7,6%), тромбоз сосудистых

анастомозов у 94 (6,1%), краевой некроз кожи у 139 (9%) пострадавших.

44 (2,8%) больным с полными и неполными отчленениями крупных сегментов конечностей произведено 29 (1,8%) ре-плантаций верхних (рис. 8, 9) и 15 (0,98%) – нижних конечностей (рис. 10, 11). Следует отметить, что во время ре-плантаций нами предпринята методика первичного интрамедулярного или параартикулярного остеосинтеза костных отломков с последующим наложением компрессионно-дистракционного аппарата Г.А. Илизарова у 12 (0,78%) больных в раннем после-операционном периоде. Данная методика сокращает время операции, способствует выполнению некрэктомий по всей окружности конечности, исключает дополнительную гипсовую иммобилизацию, освобождая конечность для ранней разработки. Приживление достигнуто в 32 (72,2%) случаях.

У 138 (9%) больных выполнено ре-плантаций и реваскуляризаций мелких сегментов конечностей, из них у 124 (89%) – на сегментах верхних, у 14 (10%) – на сегментах



Рис. 8–9. Пациенты с полным и неполным отчленением верхней конечности и после ре-плантаций

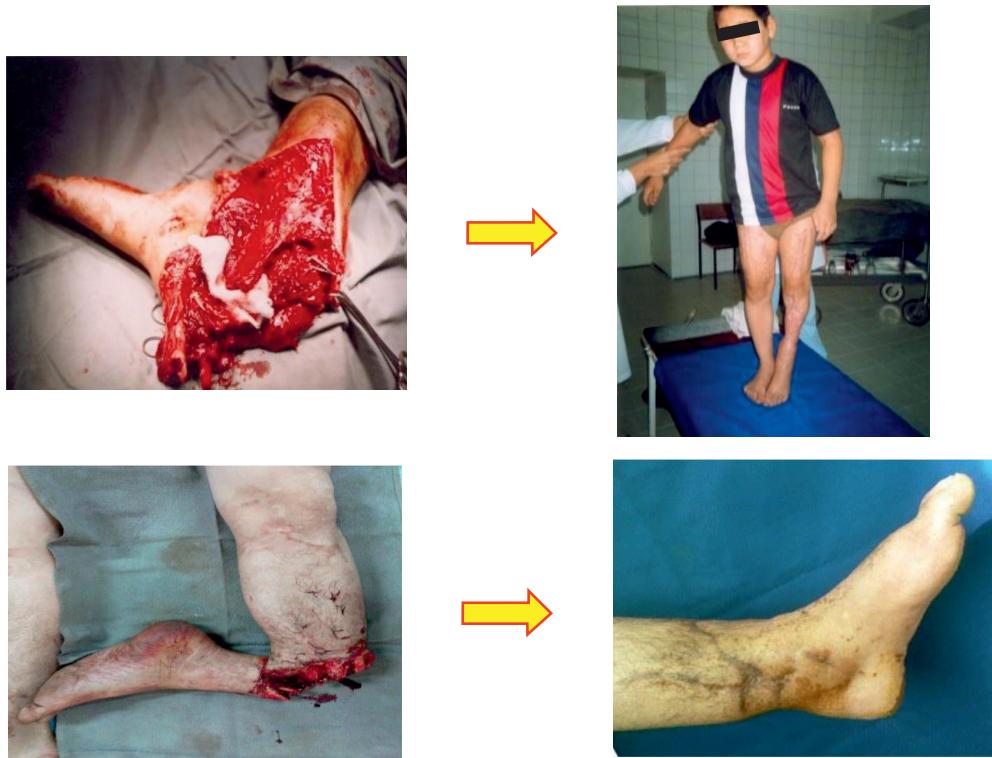


Рис. 10–11. Пациенты с неполным отчленением в нижних конечностях и после реплантаций



Рис. 12. Кожно-костная реконструкция 2-го пальца

нижних конечностей. Приживление достигнуто в 85,2% случаев. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались 17,8% случаев. Наиболее частым осложнением явился тромбоз сосудистого анастомоза – в 32 (23%) случаях: из них артериальный – в 21 (65%), венозный – в 11 (34,3%) случаях. Кровообращение восстановлено путем тромбэктомии и реанастомозирования в 16 (50%), аутовенозного шунтирования – в 9 (28%), протезирования – в 7 (21,8%) случаях.

За истекший срок нами пролечено 211 (13,7) больных с обширными кожными дефектами конечностей после тяжелых травм. Отслоение тканей верхних конечностей отмечалось у 167 (79,1%) больных (рис. 15), нижних конечностей – у 44 (20,8%) (рис. 16). После оценки жизнеспособности отслоенного кожного лоскута у 38 (18%) больных произведены насечки в бессосудистом русле с последующим обратным подшиванием лоскута. У 80 (37,9%) пострадавших с обширными глубокими дефектами сопровождающимися обнажением сухожилий, суставов, костей, использована итальянская пластика, у 14 (6,6%) – утильная кожа, у 12 (5,2%) – аутодермопластика. У 67 (31,7%) больных дефекты мягких тканей кисти и запястья укрыты различного рода лоскутами.

Следует отметить, что хирургами активно применяются методы резекции костей для укрытия образовавшихся дефектов при открытых повреждениях кисти и пальцев. Данная тактика, как правило, приводит к инвалидизации больных и неудовлет-

ворительным косметическим результатам. Нами используется метод перекрестной пластики при ОСТК, сопровождающихся дефектами тканей, что позволяет достичь превосходных функциональных и косметических результатов. Нами использованы следующие лоскуты на питающей ножке: с соседнего пальца – у 147 (69,6%) больных, лоскут сладонной поверхности – у 12 (5,6%), лоскут с передней поверхности брюшной стенки – у 84 (39,8) пострадавших, лоскуты на сосудистой ножке: островковый лоскут – у 6 (2,8%) больных, лучевой лоскут – у 40 (18,9%) больных, паховый лоскут – у 5 (2,3%) пациентов.

Предложенная нами методика укрытия дефекта островковым пальцевым лоскутом на периферической сосудистой ножке с торцами пальцев кисти позволяет сохранить палец, избежать его укорочения. Для замещения травматических дефектов терминальных отделов пальцев кисти нами также выполнены следующие оперативные вмешательства: транспозиция многосоставных лоскутов на сосудистой ножке – в 125 (59,2%) случаях, пластика адипофасциальными лоскутами – в 27 (12,7%), пластика местными тканями – в 12 (5,6%), пластика расщепленными и полнослойными лоскутами – в 37 (17,5%), пластика ближайшими к дефекту тканями – перекрестная пластика лоскутом с возвышением большого пальца или мизинца – в 30 (14,2%), пластика филатовским стеблем (итальянская пластика) – в 80 (37,9%) случаях. Полное приживление лоскутов получено у 162 (75,5%) пациентов.

Выводы

1. Выполнение восстановительных операций при ОСТК является одной из актуальных проблем современной микрохирургии.
2. Лечение ОСТК должно выполняться в специализированных центрах, оснащенных необходимым оборудованием и имеющих штат подготовленных специалистов.
3. Использование средств оптического увеличения, микрохирургической техники, различных вариантов реконструктивных и пластических методов оперативных вмешательств позволяет сохранить конечность и ее функции при ОСТК.
4. Основной задачей органосберегающего лечения больных с ОСТК является проведение рациональной первичной хирургической обработки ран, оптимального метода остеосинтеза, раннее восстановление функционально значимых структур конечности, выполнение этапных хирургических обработок ран, медикаментозная профилактика хирургической инфекции.
5. Своевременное восстановление адекватного кровообращения в травмированном сегменте статистически достоверно ускоряет процесс заживления ран, снижает процент осложнений и в конечном итоге определяет успех оперативного вмешательства.

Литература

1. Фомин В.Н. Лечение повреждений магистральных сосудов конечностей в условиях центральной районной больницы. Вестник хирургии. 2008; 167(6):127-128 [Fomin V.N. Lechenie povrezhdeniy magistral'nykh sosudov konechnostey v usloviyakh tsentral'noy rayonnoy bol'nitse. Vestnik khirurgii. 2008; 167(6):127-128. In Russian].
2. Датиашвили Р.О. Реплантация конечностей. М.: Медицина. 1991; 240 [Datiashvili R.O. Replantatsiya konechnostey. M. Meditsina. 1991; 240. In Russian].
3. Жигунов А.К., Асланов А.Д. Кудрявцев Б.П. Организационно-диагностические и лечебные мероприятия на госпитальном этапе сопровождения пострадавших с сочетанными травмами при повреждениях конечностей. Медицина катастроф. 2006; 1-2:34-36 [Zhigunov A.K., Aslanov A.D., Kudryavtsev B.P. Organizatsionno diagnosticheskie i lechebnye meropriyatiya na gospital'nom etape soprovozhdeniya postradavshikh s sochetannymi travmami pri povrezhdeniyakh konechnostey. Meditsina katastrof. 2006; 1-2:34-36. In Russian].
4. Антипенко В.С. Восстановительные операции при травмах конечностей. Л. 1975 [Antipenko V.S. Vosstanovitel'nye operatsii pri travmakh konechnostey. L. 1975. In Russian].
5. Асамов Р.Э., Минаев Т.Р., Юлдашев А.А., Ахмедов Р.А., Низов О.Н. Особенности выполнения реконструктивных операций при травматических ампутациях сегментов конечностей современных условиях. Вестник экстренной медицины. Ташкент. 2011; 34-37 [Asamov R.E., Minaev T.R., Yuldashev A.A., Akhmedov R.A., Nizov O.N. Osobennosti vypolneniya rekonstruktivnykh pri travmaticheskikh amputatsiyakh segmentov konechnostey sovremennykh usloviyakh. Vestnik ekstrennoy meditsiny. Tashkent. 2011; 34-37. In Russian].
6. Асамов Р.Э., Низов О.Н., Минаев Т.Р., Юлдашев А.А., Валиев Э.Ю. Особенности лечения открытых сочетанных костно-сосудистых травм нижних конечностей. Вестник экстренной медицины, Ташкент. 2008; 26-33 [Asamov R.E., Nizov O.N., Minaev T.R., Yuldashev A.A., Valiev E.Yu. Osobennosti lecheniya otkrytykh sochetannikh kostno-sosudistykh travm nizhnikh konechnostey. Vestnik ekstrennoy meditsiny. Tashkent. 2008; 26-33. In Russian].
7. Асамов Р.Э., Юлдашев А.А., Минаев Т.Р., Ахмедов Р.А., Давлатов Ж.Х. Оптимальные методы реплантации крупных сегментов конечностей. Вестник экстренной медицины. Ташкент. 2014; 22-29 [Asamov R.E., Yuldashev A.A., Minaev T.R., Akhmedov R.A., Davlatov Zh.Kh. Optimal'nye metody replantatsii krupnykh segmentov konechnostey. Vestnik ekstrennoy meditsiny. Tashkent. 2014; 22-29. In Russian].
8. Афанасьев Л.М., Агалжанян В.В., Якушин О.А. К вопросу об организации помощи больным с полными, неполными отрывами и открытыми сочетанными повреждениями сосудов, нервов, сухожилий конечностей. 4-й съезд травматологов-ортопедов Узбекистана: Тез. докл. Ташкент. 2002; 11-13 [Afanas'ev L.M., Agalzhanyan V.V., Yakushin O.A. K voprosu ob organizatsii pomoshchi bol'nym s polnymi, nepolnymi otryvami i otkrytymi sochetannymi povrezhdeniyami sosudov, nervov, sukhozhiliy konechnostey. 4-y s"ezd travmatologov-ortopedov Uzbekistana: Tez. dokl. Tashkent. 2002; 11-13. In Russian].
9. Бабовников В.Г. В кн.: Пересадка конечностей. М. 1973; 145-148 [Babovnikov V.G. V kn.: Peresadka konechnostey. M. 1973; 145-148. In Russian].
10. Белоусов А.Е., Ткаченко С.С. Микрохирургия в травматологии. Медицина. 1988; 224 [Belousov A.E., Tkachenko S.S. Mikrokhirurgiya v travmatologii. Meditsina. 1988; 224. In Russian].
11. Гринев М.В. Сочетанная травма: сущность проблемы, пути решения. Сборник научных трудов. Оказание помощи при сочетанной травме. М. 1997; 15-19 [Grinev M.V. Sochetannaya travma: sushchnost' problemy, puti resheniya. Sbornik nauchnykh trudov. Okazanie pomoshchi pri sochetannoy travme. M. 1997; 15-19. In Russian].
12. Грошев Ю.В., Ломтатидзе Е.Ш., Волченко Д.В. Тактика хирургического лечения пациентов с сочетанными и множественными повреждениями. Тезисы докладов: «Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей», М. 2003; 70-80 [Groshev Yu.V., Lomtatidze E.Sh., Volchenko D.V. Taktika khirurgicheskogo lecheniya patsientov s sochetannymi i mnogozhestvennymi povrezhdeniyami. Tezisy dokladov: «Lechenie sochetannikh travm i zabolевaniy konechnostey», M. 2003; 70-80. In Russian].
13. Гришин И.Г., Саркисян А.Г., Голубев В.Г., Гончаренко И.В., Омар А.Х. Лечение повреждений конечностей. М. 1982; 72-74 [Grishin I.G., Sarkisyan A.G., Golubev V.G., Goncharenko I.V., Omar A.X. Lechenie povrezhdeniy konechnostey. M. 1982; 72-74. In Russian].
14. Датиашвили Р.О. Реплантация конечностей. М. Медицина. 1991; 240 [Datiashvili R.O. Replantatsiya konechnostey. M. Meditsina. 1991; 240. In Russian].
15. Зайнiddин Норман углы, Хамракулов З.С. Особенности тактики хирургического лечения при костно-сосудистых повреждениях конечностей. Грудная и сердечно-сосуд. хирургия. 2005; 1:53 [Zayniddin Norman ugly, Khamrakulov Z.S. Osobennosti taktiki khirurgicheskogo lecheniya pri kostno-sosudistykh povrezhdeniyakh konechnostey. Grudnaya i serdechnososud khirurgiya. 2005; 1:53. In Russian].
16. Каюмходжаев А.А. Реконструктивная микрохирургия в лечении повреждений верхних и нижних конечностей: Автoref. дис... д-ра мед. наук. Ташкент. 2004; 34 [Kayumkhodzhaev A.A. Rekonstruktivnaya mikrokhirurgiya v lechenii povrezhdeniy verkhnikh i nizhnikh konechnostey: Avtoref. dis... d-ra med. nauk. Tashkent. 2004; 34. In Russian].

17. Леменев В.Л., Михайлов И.П., Исаев Г.А. Лечение больных с травмой магистральных артерий нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия. 2005; 11(3):108–114 [Lemenev V.L., Mikhaylov I.P., Isaev G.A. Lechenie bol'nykh s travmoy magistral'nykh arteriy nizhnikh konechnostey. Angiologiya i sosudistaya khirurgiya. 2005; 11(3):108–114. In Russian].
18. Лебедев Л.В., Вавилов В.П., Горбунов Г.Г., Шломин В.В., Токаревич К.К., Кирапеев И.С. Проблемы микрохирургии. М. 1981; 911 [Lebedev L.V., Vavilov V.P., Gorbunov G.G., Shlomin V.V., Tokarevich K.K., Kirapeev I.S. Problemy mikrokhirurgii. M. 1981; 911. In Russian].
19. Миланов Н.О., Цагикян А.А. Микрохирургический способ пластики дефектов пальцев кисти. Хирургия. 1997; 2:24–27 [Milanov N.O., Tsagikyan A.A. Mikrokhirurgicheskiy sposob plastiki defektov pal'tsev kisti. Khirurgiya. 1997; 2:24–27. In Russian].
20. Султанов А.А., Усманов Н.У., Курбанов У.А. и др. Хирургическая тактика при травматических повреждениях артерий голени. Ангиология и сосудистая хирургия. 2003; 9 (2):111–117 [Sultanov A.A., Usmanov N.U., Kurbanov U.A. i dr. Khrurgicheskaya takтика pri travmaticheskikh povrezhdeniyakh arteriy goleni. Angiologiya i sosudistaya khirurgiya. 2003; 9 (2):111–117. In Russian].

20 ЙИЛЛИК ФАОЛИЯТИМИЗДА ҚҰШАЛОҚ ОЧИҚ ТАН ЖАРОХАТЛАРИНИ ДАВОЛАШДАГИ ЗАМОНАВИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ РОЛИ

Ф.А. МАМАТАЛИЕВ, А.Ю. ТҮХТАҚУЛОВ, Б.А. ЎРИНОВ, Б.С. УСМОНОВ, Н.И. МАҲМУДОВ

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиали

Мақсад. Мучаларнинг очик құшма шикастланишлари (МОҚШ)ни даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

Беморлар. РШТЁИМ ФФда 20 йиллик давр давомида қон томирлари ва асаб толалари шикастланиши, сүякларнинг синиши ва юмшоқ тұқымаларнинг дефектлари, шу жумладан мучаларнинг йирик ва майда сегментларнинг тұлиқ ва нотұлиқ ампутацияси бўлган МОҚШ билан 1530 нафар шикастланганлар даволанган бўлиб, уларда жами 1780 та амалиёт ўтказилган. Эркаклар 1280 нафар (83,6%)ни, аёллар 250 нафар (16,4%)ни ташкил қилган. 720 нафар (47%) беморда томир, асаб толаси ва пайлар узилиши, 187 бемор (12,2%)да сүяк-томир шикастланишлари, 412 киши (28,8%)да нерв толалари ва пайларнинг шикастланиши, 211 одам (13,7%)да тери-ёф ямоқ билан ёпишни талаб қилувчи юмшоқ тұқымаларнинг йирик дефектлари қайд қилинган.

Натижалар. Мучалар йирик сегментларнинг тұлиқ ва нотұлиқ узилишлари бўлган 44 нафар (2,8%) беморга 29 та (1,8%) юқори муча ва 15 та (1,0%) пастки муча реплантациялари ўтказилган бўлиб, тұқымаларнинг битиб кетишига 32 (72,2%) холатда эришилган. 138 (9%) холатда мучаларнинг майда сегментлари реплантацияси ва реваскуляризацияси, шу жумладан 124 (89%) холатда юқори муча ва 14 нафар (10%)да пастки муча сегментларида бажарилган ва битиб кетиши даражаси 85,2%ни ташкил қилди. Операциядан кейинги асоратлар 350 нафар (22,8%) беморда, жумладан жарохатнинг йиринглаши 117 (7,6%) холатда, томир анастомозларнинг тромбози 94 нафар (6,1%)да, тери қиррасининг некрози 139 (9%) беморда кузатилди.

Хулоса. МОҚШ бўлган беморларда аъзони сақлаб қолувчи даволашнинг асосий вазифаси оқилона бирламчи хирургик ишловни бериш, муқобил остеосинтез усулини қўллаш, мучанинг функционал аҳамияти юқори бўлган таркибий қисмларини эрта тиклаш, жарохатларга босқичли хирургик ишлов бериш, хирургик инфекциянинг профилактикасини ўтказишдан иборат.

Калим сўзлар: қўл, оёқлар мураккаб оғир шикастланишлари, қон томирлар, нерв, мускул структура-ларининг шикастланиши, микрохирургия операция технологиялари.

Сведения об авторах:

Маматалиев Фарҳад Абдиганиевич – ординатор отделения сосудистой хирургии и микрохирургии, сосудистый хирург Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Тел.: +998937327171

Тухтакулов Абдукаюм Юлдашевич – к.м.н., директор Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Тел.: +998937316611

Уринов Баҳтиер Аҳмаджонович – ординатор отделения сосудистой хирургии и микрохирургии, микрохирург Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Тел.: +998903006213

Усманов Баҳодир Салимович – заведующий отделением сосудистой хирургии микрохирургии Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Тел.: +998911241657

Махмудов Нурилло Исломович – к.м.н., ответственный хирург Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Тел.: +998905621111

Поступила в редакцию: 26.05.2021

Information about authors:

Mamataliyev Farhad Abdiganievich – intern at the Department of Vascular Surgery and Microsurgery, Vascular Surgeon of Fergana branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine Tel.: +998937327171

Tukhtakulov Abdukayum Yuldashevich – Ph.D. director of the Fergana branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine. Tel.: +998937316611

Urinov Bakhtiyor Akhmadzhonovich – intern at the Department of Vascular Surgery and Microsurgery, microsurgeon of Fergana branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine. Tel.: +998903006213

Usmanov Bakhodir Salimovich – Head of the Department of Vascular Surgery, Microsurgery, Fergana branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine. Tel.: +998911241657

Makhmudov Nurillo Ismoilovich – Ph.D. responsible surgeon of Fergana branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine. Tel.: +998905621111

Received: 26.05.2021